

München 1960

Psychoreaktive Störungen im höheren Lebensalter

von

ANTON REISINGER

Aus der Nervenlinik der Universität München
Direktor: Prof.Dr. K. K o l l e

Psychoreaktive Störungen im höheren Lebensalter

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der **gesamten Medizin**
verfasst und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Anton Reisinger
aus
München

1960

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr. J.-E. M e y e r

Mitberichterstatter: Prof.Dr. K. K o l l e

Dekan: Prof.Dr. H. S c h w i e g k

Tag der mündlichen Prüfung: 19.7.1960



E i n l e i t u n g

In dieser Arbeit geht es um den Einfluss des Lebensalters auf die Fähigkeit des Menschen, Konflikte mit der Umwelt zu verarbeiten, Belastungen abzufangen und seelische Krisen zu überwinden. Vor allem in der Pubertät, aber auch im folgenden Jahrzehnt, ist, wie jedem Nervenarzt geläufig, der Mensch äußeren Belastungen gegenüber besonders empfindlich und relativ wenig resistenzfähig. Die Verhältnisse bei jungen Menschen sind verhältnismässig oft von Psychiatern und Psychologen studiert worden.

Von den psychoreaktiven Störungen des alternden und alten Menschen wissen wir dagegen nur wenig Genaues, obwohl sich C.G.JUNG und seine Schule wiederholt mit diesen Problemen auseinandergesetzt hat.

Mit der zunehmenden Veränderung des Aufbaus der Bevölkerung in zivilisierten Ländern sind die Erkrankungen des alternenden und alten Menschen für alle medizinischen Disziplinen sehr bedeutungsvoll geworden. Das gilt in besonderem Maße für die Psychiatrie und ihre Grenzgebiete, vor allem auch für die Soziologie. In manchen Ländern, z.B.

in Kanada, hat man heute große Organisationen, wie Post und Bahn, für besondere Forschungsaufgaben gewonnen, die der Frage gelten, wie man den alternden Menschen noch sinnvoll und nützlich einsetzen kann. In diesem Zusammenhang hat STERN darauf hingewiesen, daß der Zwang, mit Jüngeren schritthalten zu müssen, zu einer der wichtigsten psychischen Belastungen der 2. Lebenshälfte gehört. Unausweichlich sieht sich der Mensch seinem eigenen Werden und Vergehen gegenübergestellt. Minder wichtig sind die natürlichen Gegebenheiten des körperlichen Alterns oder des Nachlassens etwa der Merkfähigkeit gegenüber der Tatsache, daß der Mensch sich mit ihnen auseinandersetzen muß (KOLLE).

In dieser Arbeit soll nun versucht werden, mit statistischen Mitteln zu erfassen, wie oft und in welcher Weise der junge und der alte Mensch auf Belastungen und Konflikte reagiert. Die Wahl der Jahrgänge erfolgte von dem Gesichtspunkt einer möglichst klaren Gegenüberstellung junger und alter Menschen. Ergänzend haben inzwischen ULLMANN und HELMICH die mittleren Jahrgänge mit dem gleichen statistischen Ansatz bearbeitet.

M e t h o d i k

Wir suchten aus den Diagnosebüchern der Universitäts-Nervenklinik München für die Jahrgänge 1953/54/55 die 20-29jährigen sowie die über 60 Jahre alten männlichen und weiblichen Patienten heraus, die wegen psychoreaktiver Störungen stationär behandelt wurden. Anschließend wurden die Krankengeschichten dieser Personengruppen durchgesehen.

Die im Ambulatorium der Nervenklinik behandelten Fälle blieben bei unserer statistischen Untersuchung unberücksichtigt.

Gutachten, die aufgrund einer stationären Beobachtung erstellt wurden, haben wir den klinischen Krankenblättern gleichgestellt.

Krankheitsfälle, bei denen die Diagnose ungeklärt geblieben war, haben wir nicht verwertet. Sie machen sich lediglich bei prozentualen Aufschlüsselungen von untersuchten Gruppen bemerkbar, wenn diese ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller Klinikaufnahmen gesetzt werden (z.B. Abb. 2).

Zur Vervollkommnung des Überblicks haben wir dieser Auslese die Gesamtzahl aller stationären Aufnahmen vorangestellt.

Um unsere Aussagen möglichst weitgehend zu präzisieren, haben wir die psychoreaktiven Störungen in eine K e r n - und eine R a n d gruppe unterteilt. In der Kerngruppe sind solche Erkrankungen enthalten, bei denen uns das

Studium der Krankengeschichte keinerlei Hinweis auf eine endogene Psychose oder organische Erkrankung finden ließ. In der Randgruppe hingegen sind einmal solche Fälle zusammengefaßt, bei denen zu einer organischen Erkrankung psycho-reaktive Störungen hinzutreten, wie z.B. bei einem Zustand nach Kopftrauma mit neurotischer Fixierung postcommotioneller Beschwerden. Zum anderen beinhaltet die Randgruppe Krankheitsfälle von deutlich reaktiv ausgelösten endogenen Psychosen und schließlich noch solche, bei denen es zu einem Zusammentreffen voneinander unabhängiger organischer und psychoreaktiver Störungen gekommen ist.

Um die Grundlagen für unsere statistischen Erhebungen übersichtlicher zu gestalten, schien es wünschenswert, die Kerngruppe noch weiter aufzuteilen. Wir gliederten sie zunächst in folgende 6 Untergruppen auf:

- Suicidversuche
- Süchtige
- reaktive Depressionen
- funktionelle psychogene Störungen
- Neurosen
- Psychopathien

Es zeigte sich jedoch, daß nur die ersten 3 Untergruppen gut und verhältnismäßig scharf gegeneinander abzugrenzen waren. Bei den funktionell psychogenen Störungen, Neurosen und Psychopathien war dies nicht möglich. Häufig überschnitten sich die Diagnosen. Wir zogen daher die letzten 3 zu einer einzigen Untergruppe "sonstige abnorme Reaktionen und Psychopathien" zusammen, so daß schließlich die folgenden 4 Untergruppen entstanden:

- Suicidversuche
- Süchtige
- reaktive Depressionen
- sonstige abnorme Reaktionen und Psychopathien.

Bei der Auswertung der Krankengeschichten und Einordnung in diese Untergruppen stößt man ferner gelegentlich auf die Tatsache, daß bei einem Kranken zwei oder, in ganz seltenen Fällen, sogar drei Erkrankungen bestehen. Als Beispiel sei der Suicidversuch eines Süchtigen angeführt. In solchen Fällen bestehen im wesentlichen 2 verschiedene Möglichkeiten einer Sichtung des Krankengutes: Entweder man erfaßt jeden Kranken nur einmal in einer bestimmten Untergruppe und läßt damit zwangsläufig eine gewisse Zahl von Erkrankungen an sich mit typischen Kerngruppen-Merkmalen unter den Tisch fallen, oder man erfaßt alle vorliegenden psychoreaktiven Störungen der Kerngruppe restlos, ohne Rücksicht darauf, ob nun mehrere oder, wie in der überwiegenden Zahl der Fälle, nur eine davon jeweils auf einen Kranken treffen.

Wir entschieden uns, vor allem um nicht die aufschlußreichen und interessanten Vergleichsmöglichkeiten mit den Paralleluntersuchungen (ULLMANN und HELMICH) zu verlieren, für den ersten Modus.

Um bei diesen einigermaßen komplizierten Verhältnissen zu erreichen, daß jeder Kranke nun tatsächlich nur in einer Gruppe angeführt wurde, gaben wir bei dem Zusammentreffen eines Suicidversuches mit der gleichzeitigen Zugehörigkeit zu einer der anderen Untergruppen, z.B. der Süchtigen, stets der Untergruppe der Suicidversuche den Vorrang bei der Einordnung. Handelte es sich jedoch nicht um einen Suicidversuch, sondern um eine Kombination aus den übrigen Untergruppen, so entschied jeweils das Überwiegen derjenigen Untergruppe, in die der Kranke am eindeutigsten eingeordnet werden konnte.

Ergebnisse

In den Jahren 1953/54/55 kamen insgesamt

8037 männliche Patienten und 5494 weibliche Patienten

zur stationären Aufnahme in die Universitäts-Nervenlinik München.

Von den 8037 männlichen Kranken haben wir 1851 erfaßt, d.s.

1241 = 67 % im Alter von 20-29 Jahren,

610 = 33 % im Alter von 60 Jahren und darüber.

Von den 5494 weiblichen Kranken haben wir 1340 erfaßt, d.s.

800 = 60 % im Alter von 20-29 Jahren,

540 = 40 % im Alter von 60 Jahren und darüber.

Die Aufnahmen verteilen sich auf die Jahre, Altersgruppen und Geschlechtszugehörigkeit wie folgt:

Alter:		20-29	60 und darüber
1953	♀	299	194
	♂	484	238
1954	♀	256	182
	♂	382	199
1955	♀	245	164
	♂	375	173

Tabelle 1

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die organischen und endogen-psychotischen sowie psychoreaktiven Störungen mit einer Unterteilung in Kern- und Randgruppe, wobei die ungeklärten Fälle bereits ausgeschieden sind.

Alter:		Org.Erkr. + end.Ps.		Psychoreakt. Störg.			
		20 m. 29	60 u. dar.	20 m. 29		60 u. dar.	
				K	R	K	R
1953	♀	229	179	45	8	6	1
	♂	372	207	54	9	15	4
1954	♀	194	166	40	7	7	4
	♂	303	182	40	10	7	2
1955	♀	182	151	39	5	2	2
	♂	303	162	35	9	4	2

Tabelle 2

Gesamtzahl der Männer + Frauen 1953/54/55:

	O + E	K	R
20 mit 29	1583	253	48
60 und darüber	1047	41	15

Tabelle 3

O + E = Organische Erkrankungen + endogene Psychosen
 K = Kerngruppe
 R = Randgruppe

Gesamtzahl der Frauen 1953/54/55:

	O + E	K	R
20 mit 29	605	124	20
60 und darüber	496	15	7

Tabelle 4

Gesamtzahl der Männer 1953/54/55:

	O + E	K	R
20 mit 29	978	129	28
60 und darüber	551	26	8

Tabelle 5

Gesamtzahl der Männer + Frauen 1953/54/55:

	O + E	Ps
20 mit 29	1583	301
60 und darüber	1047	56

Tabelle 6

O + E = Organisch + endogen-psychotisch
Ps = Psychoreaktiv

Übersicht über die Unterteilung der Kerngruppe:

Suicidversuche:

	♀	♂
20 - 29	57	51
60 u.dar.	6	7

Suchten:
(♀ + ♂)

	insg.	davon Alkoh.
20 - 29	16	10
60 u.dar.	14	8

Reaktive
Depressionen:
(♀ + ♂)

20 - 29	26
60 u.dar.	4

Sonstige abnorme
Reaktionen und
Psychopathien:
(♀ + ♂)

20 - 29	103
60 u.dar.	10

Ein Vergleich der Gesamtaufnahmen von Männern und Frauen in den 3 untersuchten Jahren zeigt, daß bei den Männern die Aufnahmezahl der jugendlichen Patienten (20-29jährige) prozentual höher liegt als bei den entsprechenden weiblichen Kranken. Hingegen überwiegen bei den 60 Jahre alten und älteren die weiblichen Aufnahmen um 7 % (Abb. 1):

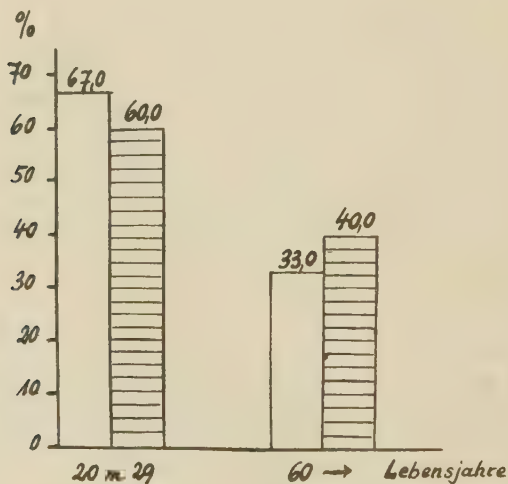


Abb. 1



= Männer



= Frauen

Abbildung 2 gibt eine Verteilung der Klinikaufnahmen 1953/54/55 von Männern und Frauen zusammen, unterteilt in organisch und endogen-psychotisch Kranke einerseits sowie Kern- und Randgruppe andererseits, wider. Die 60-jährigen und älteren Kranken stellen mit 91 % ein erheblich höheres Kontingent an organischen und endogen-psychotischen Erkrankungen als die 20-29-Jährigen. Bei den psychoreaktiven Störungen hingegen verhält es sich umgekehrt. Hier haben die 20-29 Jahre alten männlichen und weiblichen Patienten sowohl an der Kerngruppe mit 12,4 % als auch an der Randgruppe mit 2,3 % den größeren Anteil.

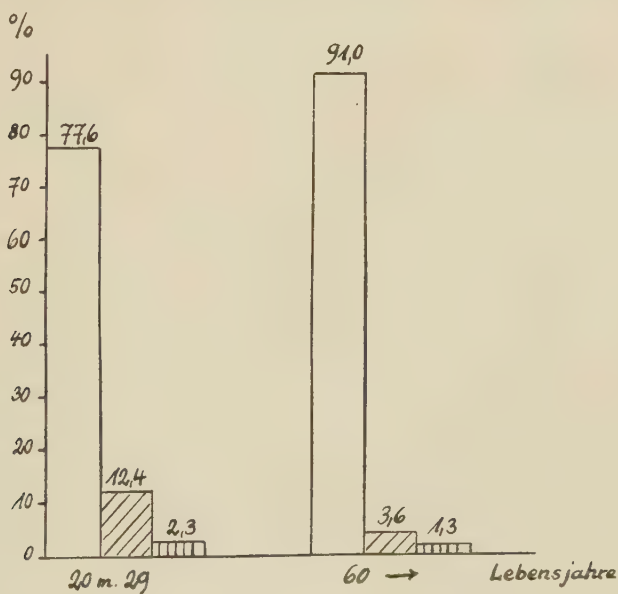


Abb. 2

 = organisch + endogen-psychotisch

 = Kerngruppe

 = Randgruppe

Ähnlich wie in der vorhergehenden Abbildung 2 ist aus Abbildung 3 ersichtlich, daß bei den Frauen im höheren Lebensalter (60 Jahre und darüber) die Zahl der organischen und endogen-psychotischen Erkrankungen (91,8 %) gegenüber den 20-29jährigen (75,6 %) ansteigt, während Kern- und Randgruppe bei den jungen Frauen mit 15,5 % und 2,5 % die Werte der älteren (2,8 % und 1,3 %) übersteigen.

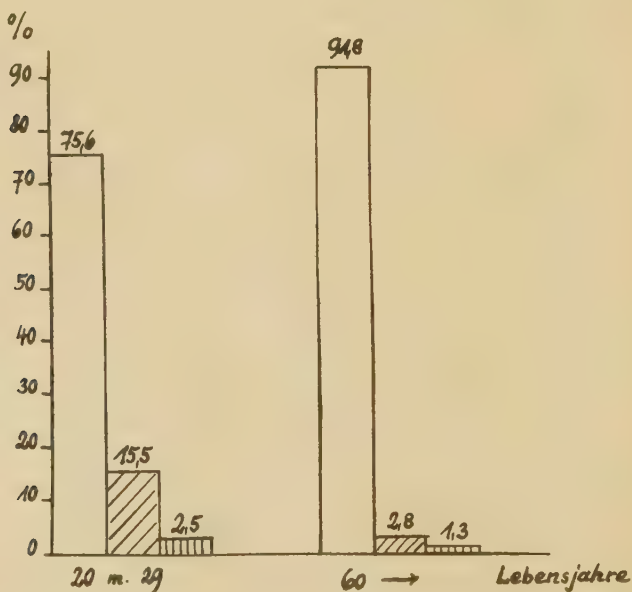


Abb. 3

Abbildung 4, die die Gesamtzahl der männlichen organisch und endogen-psychotisch erkrankten Personen sowie der Kern- und Randgruppe der beiden Altersabschnitte zeigt, stellt eine weitgehende Übereinstimmung mit dem für Abbildung 3 Gesagten dar. Auch hier wird ein Überwiegen der organischen Fälle im höheren Lebensalter und der psychoreaktiven in jungen Jahren deutlich.

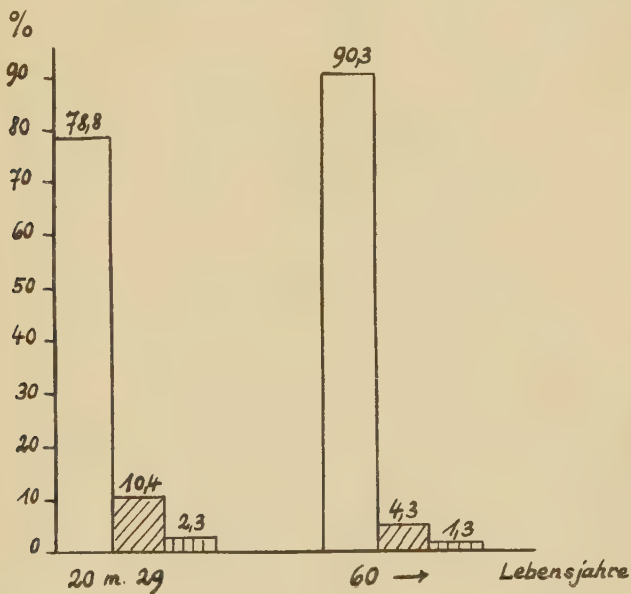


Abb. 4

Schließlich bestätigt noch eine weitere Darstellung (Abbildung 5) unsere Aussagen: 91 % organisch und endogen-psychotisch kranke Männer und Frauen zusammen unter den 60jährigen und älteren gegenüber 77,6 % bei den 20-29jährigen; und 14,7 % Psychoreaktiven unter den Jugendlichen beider Geschlechter stehen 4,9 % 60jährige gegenüber.

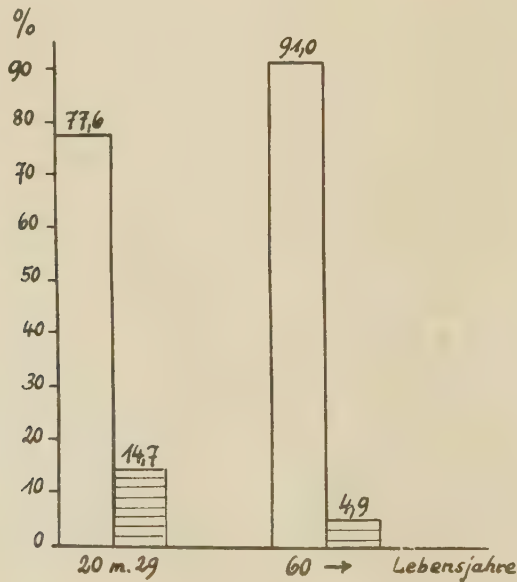


Abb. 5



= organisch und endogen-psychotisch



= psychoreaktive Störungen

Die letzten vier Abbildungen zeigen deutlich, daß gerade der junge Mensch, gleich welchen Geschlechts, zu psychoreaktiven Störungen hinneigt. Im Alter dagegen treten diese Reaktionsweisen weitgehend zurück. Sowohl bei Betrachtung der Klinikaufnahmen 1953/54/55 von Frauen und Männern insgesamt (Abb. 2), wie auch bei den für Frauen und Männern getrennten Darstellungen (Abb. 3 und 4) wird deutlich, daß die psychoreaktiven Störungen im höheren Lebensalter abnehmen. Am prägnantesten geht dies aus der letzten Abbildung (5) hervor, wo die Kern- und Randgruppe in einer Säule, den psychoreaktiven Störungen, zusammengefaßt sind. Sie zeigt, daß die Zahl der psychoreaktiven Störungen insgesamt im Alter nur noch ein Drittel derjenigen beträgt, die die Altersgruppe der 20-30Jährigen aufweist.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auf Ausführungen von A. STUCKI, Bern, hinweisen, der bei den reaktiven Depressionen im Alter ebenfalls eine Abnahme zu verzeichnen hat und hervorhebt, daß mit zunehmendem Alter oftmals z.B. eine Gehirnsklerose oder präsenile Demenz die eigentliche Ursache depressiver Zustandsbilder ist.

Vergleiche mit den Paralleluntersuchungen

Besondere Beachtung möchten wir einem Vergleich unserer Ergebnisse mit denjenigen der beiden Arbeiten von HELMICH und ULLMANN schenken. Die Arbeit von HELMICH beschäftigt sich mit den psychoreaktiven Störungen in der Lebensmitte bei der Frau, die von ULLMANN mit den psychoreaktiven Störungen in der Lebensmitte beim Mann (30-60jährige Frauen bzw. Männer).

Die Abbildungen 6 und 7, die die graphische Darstellung der Kern- und Randgruppe der Frauen wiedergeben, zeigen, daß es nach einem Ansteigen der Werte in den mittleren Lebensjahren zu einem starken Absinken der Zahlen im höheren Alter kommt. Dies stimmt mit dem von uns bereits Festgestellten überein, daß mit zunehmendem Lebensalter die Häufigkeit psychoreaktiver Störungen stark abnimmt.

Kerngruppe Frauen

(Unter Mitverwertung der Arbeit von HELMICH)

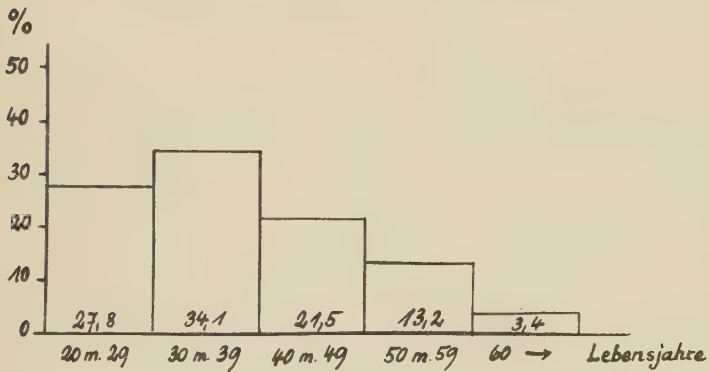


Abb. 6

Randgruppe Frauen

(Unter Mitverwertung der Arbeit von HELMICH)

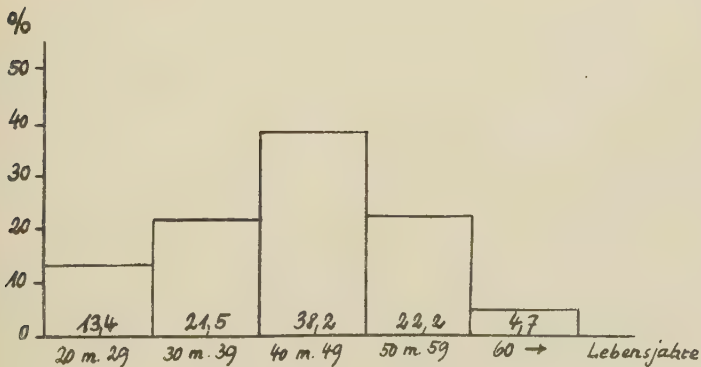


Abb. 7

Der analoge Vergleich mit dem männlichen Personenkreis (Abb. 8 und 9) entspricht weitgehend demjenigen der Frauen. Auch hier nach einem Anstieg in den mittleren Jahren ein Abfall der Zahlen im höheren Lebensalter sowohl für die Kern- als auch für die Randgruppe.

Kerngruppe Männer

(Unter Mitverwertung der Arbeit von ULLMANN)

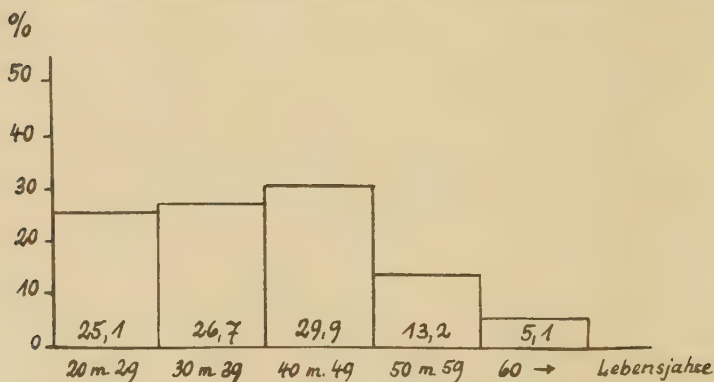


Abb. 8

Randgruppe Männer

(Unter Mitverwertung der Arbeit von ULLMANN)

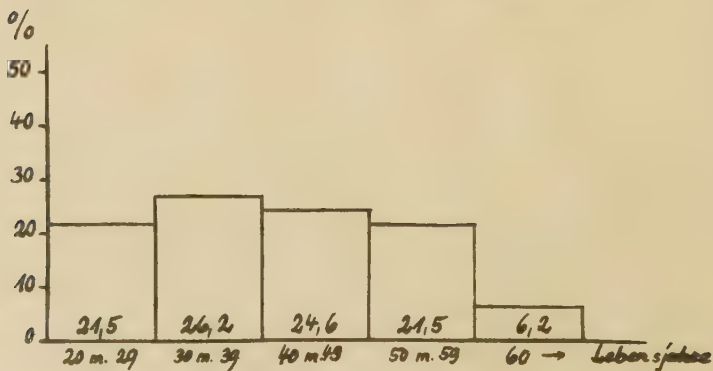


Abb. 9

Vergleichen wir noch die Gesamtzahl der psychoreaktiven Störungen (Kern- und Randgruppe) bei Männern und Frauen sämtlicher Altersgruppen miteinander, so zeigt sich sehr eindrucksvoll, daß die in der Lebensmitte Stehenden den Hauptanteil an den psychoreaktiven Störungen haben (Abb.10).

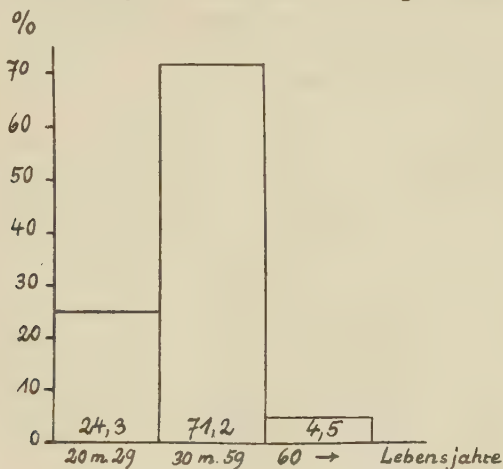


Abb. 10

Die beiden Abbildungen 11 und 12 bringen die psychoreaktiven Störungen, die in Abbildung 10 für beide Geschlechter zusammengefaßt sind, nochmal für Männer und Frauen getrennt.

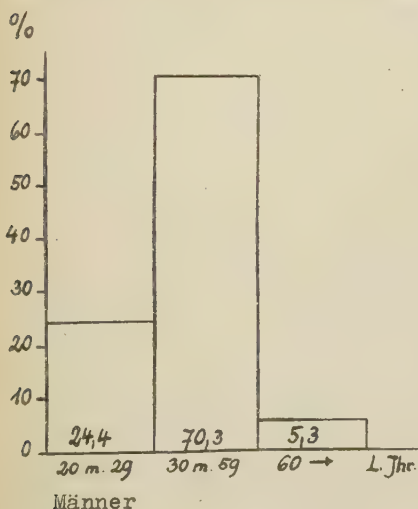


Abb. 11

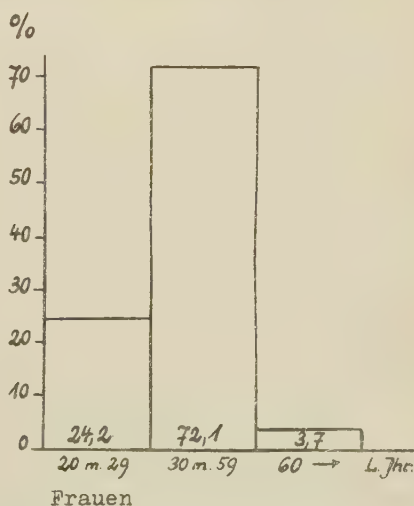


Abb. 12

Weitere Vergleichsmöglichkeiten ergaben sich durch die Unterteilung der psychoreaktiven Störungen. Wir errechneten den prozentualen Anteil der einzelnen Untergruppen an den psychoreaktiven Störungen, insbesondere für Suicidversuche, Süchtige, reaktive Depressionen und die Untergruppe: Sonstige abnorme Reaktionen und Psychopathien.

Bei den Suicidversuchen fanden wir sowohl bei den männlichen als auch den weiblichen Patienten die höchsten Werte bei den 20-29jährigen. Für die mittleren Lebensalter sank die Kurve um die Hälfte ab, um dann bei den 60-Jährigen wieder anzusteigen. Im ganzen gesehen lagen die Zahlen für die höheren Lebensalter niedriger als für die jugendlichen, jedoch erscheint bemerkenswert, daß es nach einem Absinken im mittleren wieder zu einem Anstieg der Suicidversuche (also des gescheiterten Suicids) im höheren Lebensalter kommt (Abb. 13). In Ergänzung hierzu ist bekannt, daß auch der erfolgreiche Suicid mit zunehmendem Lebensalter an Häufigkeit zunimmt. Die Statistiken von GRUHLE lassen erkennen, daß es vom 50. Lebensjahr ab zu einem erheblichen Anstieg der Selbstmordziffern bei beiden Geschlechtern kommt.

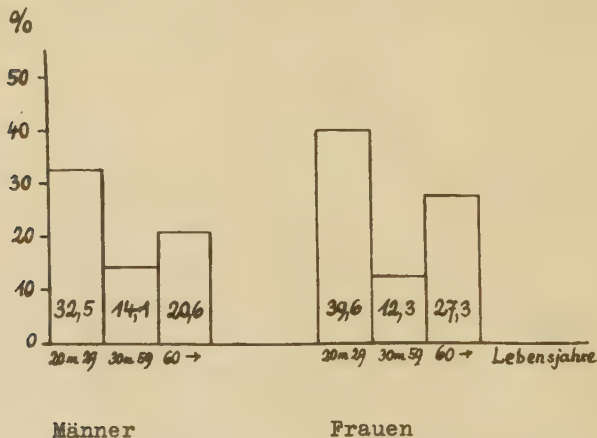


Abb. 13

In der folgenden Abbildung (14) haben wir für Männer und Frauen gemeinsam die Zahlen für die Suchten dargestellt. In den mittleren Jahren spielt hier der Alkoholismus eine erhebliche Rolle, während er bei den jugendlichen Patienten nur ganz gering, bei den 60jährigen und älteren dagegen wieder stärker hervortritt. Auch für die übrigen Suchten (Arzneimittelsucht) lagen die Höchstwerte im mittleren Lebensalter und fielen bei den Älteren wieder ab. Daß der Anteil der Alkoholiker auch in den Jahren vor dieser Untersuchung (1948 - 1952) schon immer höher lag als der aller übrigen Süchtigen (Medikamente) zusammen, geht aus statistischen Untersuchungen an der Nervenlinik der Universität München hervor (KOLLE). HELMICH fand dagegen, daß für die Jahre 1953/54/55 bei den Frauen zwischen 30 und 60 Jahren die Arzneimittelsucht überwog, während ULLMANN für die gleiche Zeit bei den Männern wiederum ein erhebliches Überwiegen des Alkoholismus feststellen konnte.

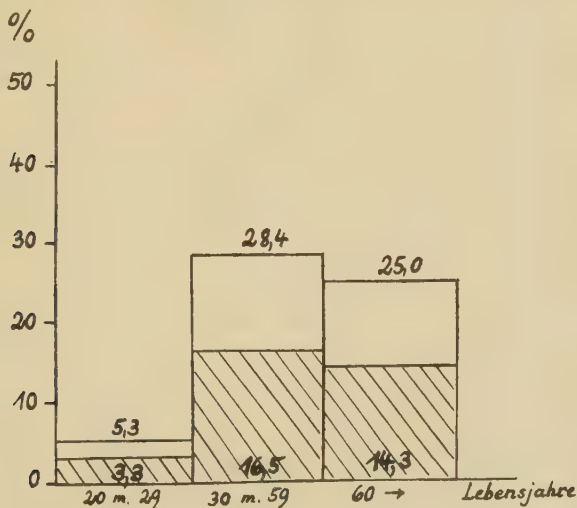


Abb. 14



= Alkoholismus

Daß es im höheren Lebensalter zur Abnahme der abnormen Reaktionen kommt, zeigt die Abbildung 15, die über die Häufigkeit reaktiver Depressionen bei beiden Geschlechtern aussagt. Während der Prozentsatz der 30-59jährigen Männer und Frauen um das Doppelte höher liegt als der der 20-29-jährigen (von 8,6 % auf 17,2 % ansteigend), sinkt er für die 60 Jahre alten auf 7,1 % ab. Für die mittleren Lebensalter kam KIELHOLZ zu ähnlichen Ergebnissen.

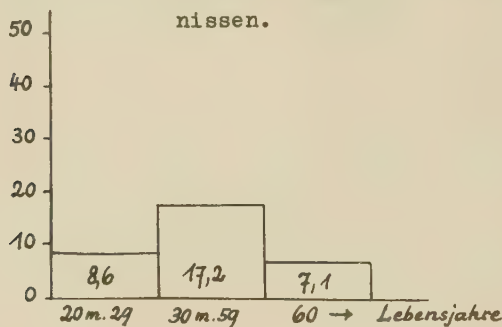


Abb. 15

Auch bei den sonstigen abnormen Reaktionen und Psychopathien zeigt sich das Bild der abnehmenden Häufigkeit mit zunehmendem Alter wieder. Am stärksten ist diese Gruppe unter den 20-29-Jährigen vertreten (Abb. 16).

Wir finden diese Beobachtung u.a. auch bei BOSTROEM bestätigt, der ausführt, daß bei psychopathischen Persönlichkeiten zwischen 20 und 30 Jahren psychopathische Reaktionen am häufigsten auftreten.

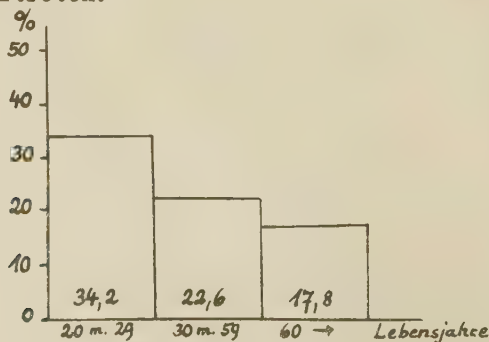


Abb. 16

D i s k u s s i o n d e r E r g e b n i s s e

Die Auswertung unserer Statistik und die vergleichenden Übersichten zeigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen im höheren Lebensalter deutlich eine Abnahme der psycho-reaktiven Störungen. In diesem Lebensabschnitt ist es bei dem größten Teil der Menschen zu einer weitgehenden Konsolidierung der äußeren Verhältnisse gekommen. Der ältere und alte Mensch hat einen gewissen Abstand zu den Dingen gewonnen; er besitzt gegenüber dem jüngeren Reife und eine größere Fähigkeit, die noch an ihn gestellten Anforderungen aufgrund seiner Erfahrung und einer gewissen Gelassenheit zu bewältigen. Andererseits ist er zweifellos aufgrund einer fortschreitenden Erstarrung, einer Abnahme seiner Reaktionsmöglichkeiten sowie einer größeren Distanz zu den Ereignissen in der Außenwelt weniger prädestiniert für abnormes psychisches Verhalten als der jüngere Mensch.

STERN schreibt hierzu in "Der Mensch in der 2. Lebenshälfte": "Der Durchschnittsmensch, ... wird mit dem Alter gewiß ruhiger, die Affekte treten in den Hintergrund, der Mensch beurteilt viele Dinge kühler, aber er spricht damit auch schlechter auf zahlreiche Reize an, wird stumpfer, sein Interesse an den Dingen und an der Welt wird schwächer, und wenn auch seine Reaktionen, verglichen mit denen in den Mannesjahren an Schärfe und Gewaltsamkeit verlieren, so drückt sich darin in gewissem Sinne doch zugleich auch der Verfall seiner Kräfte aus."

Abbauvorgänge und Abnutzungskrankheiten und die daraus resultierende Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Spannkraft waren häufig ein Grund für psychoreaktive Störungen. Ehelich-häusliche Schwierigkeiten oder Unzufriedenheit beim Vergleich von Erstrebtem und Erreichtem traten dagegen

als Ursache für ein abnormes psychisches Verhalten in den Hintergrund. Auch das Gefühl des älteren Menschen, überflüssig, zu nichts mehr nütze zu sein und anderen zur Last zu fallen, konnte in einzelnen Fällen als auslösende Ursache eruiert werden. Ein weiterer Faktor ist die Vereinsamung des Menschen, die mit dem Älterwerden zunimmt, über die STERN schreibt: "Gerade der älter werdende Mensch hat aber vielfach ein Bedürfnis nach menschlichem Kontakt, nach Freunden, nach Verstandenwerden."

GRUHLE zählt als Beweggründe, die alte Menschen sogar zum Selbstmord treiben, auf: Vitalitätseinbuße, Satt-haben des Lebens, Schwierigkeit, sich an die Lebens- und Denkformen der jungen Generation anzupassen, Verein-samung und Beschäftigungslosigkeit.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Untersucht wurde an der Universitäts-Nervenklinik München die altersmäßige Verteilung psychoreaktiver Störungen in den Jahren 1953/54/55 bei

1241 männlichen Patienten der Altersgruppe von 20-29 Jahren und
610 " " " " " 60 und mehr Jahren
sowie bei

800 weiblichen Patienten der Altersgruppe von 20-29 Jahren und
540 " " " " " 60 und mehr Jahren.

Zum Vergleich wurden die Ergebnisse von ULLMANN (bei Männern der Altersgruppen von 30-59 Jahren) und von HELMICH (bei Frauen der Altersgruppen von 30-59 Jahren) herangezogen.

Ergebnisse:

1. Psychoreaktive Störungen findet man bei 60jährigen und älteren männlichen und weiblichen Patienten sehr viel seltener als bei den 20-29jährigen. Unter den Alterskrankheiten dominieren organische Erkrankungen viel stärker als in der Jugend.
2. Die getrennte Untersuchung von Männern und Frauen ergibt das gleiche Bild:
Bei den 60jährigen und älteren Frauen liegen die Werte für psychoreaktive Störungen mit 4,1 % bedeutend niedriger als bei den 20-29jährigen (18,0 %). Die Prozentzahlen für die organischen und endogen psychotischen Erkrankungen dagegen sind bei den 60jährigen und älteren um 16,2 % höher als bei den 20-29jährigen.

Bei den 60jährigen und älteren Männern liegen die Werte für psychoreaktive Störungen mit 5,6 % ebenfalls niedriger als bei den 20-29jährigen (12,7 %), während die Prozentzahlen für die organischen und endogen psychotischen Erkrankungen bei ihnen um 11,5 % höher sind als bei den 20-29jährigen.

3. Die Vergleiche der Kern- und Randgruppen bei Frauen und Männern aller untersuchten Altersgruppen, d.h. von 20 Jahren aufwärts, zeigen, daß die mittleren Lebensalter (30 mit 59 Jahre) mit 71,2 % gegenüber 24,3 % bei den 20-29Jährigen und 4,5 % bei den 60-Jährigen und Älteren unter den psychoreaktiven Störungen am stärksten vertreten sind.
4. Die Suicidversuche kommen bei den 20-29jährigen Männern wie Frauen mit 32,5 % bzw. 39,6 % am häufigsten vor. Sie sinken in den mittleren Lebensjahren ab, um im Alter wiederum auf 20,6 % bzw. 27,3 % anzusteigen.
5. Bei den Suchten (5,3 %, 28,4 %, 25,0 %) fanden wir bei den mittleren Lebensaltern die höchsten Werte und bei den älteren ein Absinken; entsprechend verhielten sich die Zahlen für den Alkoholismus.
6. Bei den reaktiven Depressionen wurden die 30-59Jährigen mit 17,2 % am häufigsten gezählt; es folgen die 20-29-Jährigen mit 8,6 % und die 60 Jahre alten und Älteren mit 7,1 %.
7. Die sonstigen abnormen Reaktionen und Psychopathien nahmen ebenfalls mit zunehmendem Lebensalter ab (34,2 %, 22,6 %, 17,8 %).

Die Bedeutung der Abnahme psycho-reaktiver Störungen im Alter und das Ansteigen der Selbstmordversuche wird unter allgemeinen Gesichtspunkten der Psychologie von Jugend und Alter diskutiert.

L i t e r a t u r

- BOSTROEM, A.: Arch.f.Psychiatr. 107, 169 (1937)
- GRUHLE, H.: Selbstmord und Alter.
Z.Altersforsch. 3, 21 (1941)
- HELMICH, P.: Über die Häufigkeit psychoreaktiver
Störungen in der Lebensmitte der Frau.
Dissertation München 1957
- JUNG, C.G.: Seelenprobleme der Gegenwart,
psychol.Abhandlungen Bd.III, 5. Aufl.
Zürich: Rascher 1950
- KIELHOLZ, P.: Diagnostik und Therapie der depres-
siven Zustandsbilder.
Schweiz.Med.Wschr. 87, 107 (1957)
- KOLLE, K.: Psychiatrie, 4. Auflage
Urban & Schwarzenberg 1955
- STERN, E.: Der Mensch in der zweiten Lebenshälfte.
Zürich: Rascher 1955
- STERN, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursache.
Zürich: Rascher 1952
- STUCKI, A.: Häufigkeit, jahreszeitliche Periodi-
zität und Altersaufbau der Anstalts-
aufnahmen an depressiven Erkrankungen
in der Schweiz 1937-1952.
Mschr.Psychiat.Neurol. 131, 337 (1956)
- ULLMANN, G.: Psychoreaktive Störungen im mittleren
Mannesalter.
Dissertation München 1957
-

Ich danke Herrn Prof. Dr. Ernst-Joachim Meyer
für die Überlassung des Themas sowie für die
Anregungen und Unterstützung bei der Arbeit
selbst.

Lebenslauf

Am 30. Juli 1924 wurde ich als Sohn des Dentisten Anton Reisinger und seiner Ehefrau Maria in München geboren. In München besuchte ich das Wittelsbacher Realgymnasium und begann das Medizinstudium, das ich nach Unterbrechungen infolge von Kriegsereignissen und wirtschaftlicher Notlage im Januar 1957 mit dem Staatsexamen abschloß. Nach Ableistung der Pflichtassistentenzeit und des Landvierteljahres trat ich im Mai 1958 eine Assistentenstelle an der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses München-Perlach an, an der ich z.Zt. tätig bin.

